

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE NEUROLOGII W ODDZIALE NEUROLOGICZNYM, UDAROWYM Z PODODDZIAŁEM REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ  
w godzinach pomiędzy 7.30 a 15.00

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko lekarza)

DZIĘŃ	OD GODZINY*:	DO GODZINY*:	SUMA GODZIN W DANYM DNIU*
<b>Razem</b>			

\*wpis obejmuje wyłącznie pełne godziny lub 0,5 godz.

.....  
pieczęć i podpis lekarza

.....  
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej